

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W19-520744

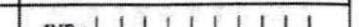
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) <b>22139</b>			
Matricule : <b>07087</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>CHOUTA AHMED</b>			
Date de naissance : <b>12/04/1957</b>			
Adresse : <b>ASAB CANCA</b> <b>Allée Allal Ben Abdellah</b>			
Tél. : <b>0661526460</b> Total des frais engagés : ..... Dhs			
Cadre réservé au Médecin <b>DR Myriam TIR NAJI</b>			
Cachet du médecin : <b>ALLERGOLOGUE</b> Ghandi Office 256, Bd Ghandi (Angle Route d'El Jadida) Casablanca Télé 0520 00 47 26 0770 00 04 30			
Date de consultation : <b>15/10/2020</b>			
Nom et prénom du malade : <b>Chouta Ahmed</b> Age : ..... Signature : <b>Chouta Ahmed</b>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Maladie</b>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>Maladie</b>			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			
<b>25 FFV. 2020</b>			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **CH**

Signature de l'adhérent(e) : **CH**

Le : **25/10/2020**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
15/01/2020	Consultation	6		INP : <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span>
				 Myriam TIR NAJI ALERGOCOLOGUE 10, Avenue Hassan II, 30, Bd Ghandil (Angle Rue Hassan II) Tel: 0524 42 12 12 Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ANNEE DE L'HOPITAL 96, av. Maurice Utrillo 95100 ARGENTEUIL 01 39 40 53 74 Fax: 01 39 60 98 76 CARAPLANICA 95	19/10/2020	€ 51,90
	18/10/2020	52,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

**Dr . Myriam TIR-NAJI**  
Allergologue

Diplômée de la Faculté de Médecine de Montpellier

Diplômée en Allergo-Anesthésie de la Faculté de  
Médecine de Montpellier



Maladies Allergiques "Adultes et Enfants"

- Allergies Respiratoires (Asthme, Rhinite)
- Allergies Alimentaires
- Allergies Médicamenteuses

Spirométrie - Tests Cutanés - Immunothérapie  
Spécifique

CABINET D'ALLERGOLOGIE

عيادة طب الحساسية

**الدكتورة مريم الطير الناجي**

طب الحساسية

خريجة كلية الطب بمونبلييه

خريجة كلية الطب بمونبلييه  
في حساسية التخدير

أمراض الحساسية "الكبار والأطفال"

- الجهاز التنفسي (الربو ، التهاب الأنف)

- الحساسية الغذائية

- الحساسية الدوائية

قياس التنفس - اختبارات الجلد

العلاج المناعي المحدد

15/02/2020

Casablanca, le .....

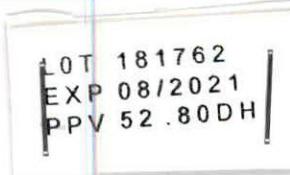
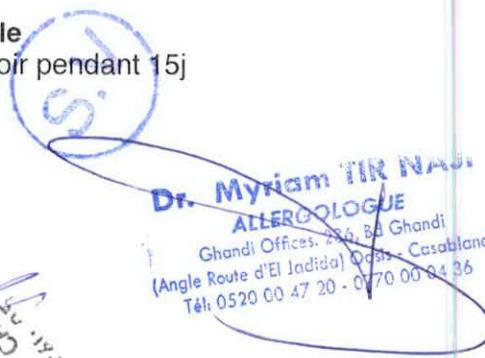
**MR CHOUTA AHMED**

**1. PYLERA gellules - Gélule**

3 gélules 4 fois/jour pendant 10 jours après repas

52.80 2. Oedes 20 mg - gélule

1gel par jour le soir pendant 15j



Ghandi Offices. 236, Bd Ghandi (Angle Rte d'El Jadida) Oasis, Casablanca

+212 770 000 436

+212 520 004 720

tirnaji.allergo@gmail.com

# Dr . Myriam TIR-NAJI

## Allergologue

Diplômée de la Faculté de Médecine de Montpellier

Diplômée en Allergo-Anesthésie de la Faculté de Médecine de Montpellier

Maladies Allergiques "Adultes et Enfants"

- Allergies Respiratoires (Asthme, Rhinite)
- Allergies Alimentaires
- Allergies Médicamenteuses

Spirométrie - Tests Cutanés - Immunothérapie Spécifique



CABINET D'ALLERGOLOGIE

عيادة طب الحساسية

الدكتورة مريم الطير الناجي  
طب الحساسية

خريجية كلية الطب بمونبلييه

خريجية كلية الطب بمونبلييه  
في حساسية التخدير

أمراض الحساسية "الكبار والأطفال"

- الجهاز التنفسي (الربو ، التهاب الأنف)

- الحساسية الغذائية

- الحساسية الدوائية

قياس التنفس - اختبارات الجلد

العلاج المناعي المحدد

15/02/2020

Casablanca, le .....

## MR CHOUTA AHMED

### 1. PYLERA gellules - Gélule

3 gélules 4 fois/jour pendant 10 jours après repas



PC: 03400921804201  
LOT: 198225A  
EXP: 04 2022  
SN: 315833488228

Dr. Myriam TIR NAJI

ALLERGOLOGIE

Ghandi Offices. 236, Bd Ghandi  
(Angle Rte d'El Jadida) Oasis - Casablanca  
Tél: 0520 00 47 20 - 0770 00 04 36

PHARMACIE DE L'HÔPITAL  
96, av. Maurice Utrillo  
95100 ARGENTEUIL  
Tél.: 01 39 80 36 74 - Fax: 01 39 80 99 62  
95 2 00988 4



Ghandi Offices. 236, Bd Ghandi (Angle Rte d'El Jadida) Oasis, Casablanca



+212 770 000 436



+212 520 004 720



tirnaji.allergo@gmail.com

PHARMACIE DE L'HOPITAL  
 Laila BOULMEDARAT  
 96, av Maurice Utrillo  
 95100 ARGENTEUIL  
 Tel: 0139803674  
 N° SIRET: 48747958600017  
 Code NAF: 4773Z - FR34487479586  
 FRANCE

Page 1 / 1

**FACTURE**

N°2235/847477

Du 19/02/2020

Date de l'échéance 20/02/2020

CHOUTA AHMED  
 96 av maurice utrillo  
 95100 ARGENTEUIL

Prescripteur : HOPITAL Argenteuil  
 N° AM : 950110015  
 Opérateur: REDOUANE S

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
PYLERA140MG/125/125MG GELU 120 3400921804201	PH7	0	1	49,334	2,10%	49,33
N° Ordonnancier : 1227207						
N° Lots : 198225A						
Honor. dispens. HD7	HD7	0	1	0,999	2,10%	1,00
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
50,83	2,1% (4)	1,07	51,90
<b>Total HT</b>		<b>Total TVA</b>	<b>Total TTC</b>
<b>50,83</b>		<b>1,07</b>	<b>51,90</b>

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	51,90

Mode(s) de règlement	
Espèces	51,90
<b>Reste dû</b>	<b>0,00</b>

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

(u) indique les quantités unitaires

(\*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1

126//1/FACTURATION/FACTURE/AAME/N/AARQ/N/AAMA/2.10.2.1.R10-178/1/B17/0106-R2 /201641

PHARMACIE DE L'HOPITAL

Lalla BOULMEDARAT

96, av Maurice Utrillo

95100 ARGENTEUIL

Tél: 0139803674

N° SIRET: 48747958600017

Code NAF: 4773Z - FR34487479586  
FRANCE

Désignation	Code	Qté	PU	Montant
	TVA		TTC	TTC
Patient: CHOUFTA AHMED				
Ordonnance 847477				
3400921804201	4	1	50,37	50,37
PYLERA 140MG/125/125MG GELU	120(	1227207)		
	4	1	1,02	1,02
Honor. dispens. HD7				
	4	1	0,51	0,51
Honor. dispens. HDR				
			Total TTC	51,90
			A Payer	51,90

**TOTAL A PAYER : 51,90 (340,44F)**

Montant HT : 50,83

Code	TVA	HT	TVA	TTC
	4	2,10	50,833	1,067
				51,90

Espèces : 51,90

Le 19/02/2020 à 10h09 Op. : RS REDOUAN

Montants exprimés en Euros

A BIENTOT  
MERCI POUR VOTRE VISITE

Ticket 201641/1237096 B17/0106-R2

126/ /1/FACTURATION/TICKET/3/N/AANA/AAME  
/2.10.2.1.R10-178/1

## PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom CHOUTA AHMED

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

1

code de l'organisme de rattachement  
en cas de dispense d'avance des frais  
(à remplir par le pharmacien ou  
le fournisseur)

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

## ADRESSE de L'ASSURE(E)

96 av maurice utrillo 95100 ARGENTEUIL

## IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

BOULMEDARAT Laila

## IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMACIE DE L'HOPITAL  
96, av Maurice Utrillo  
95100 ARGENTEUIL  
952009884

## PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

## IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom HOPITAL Argenteuil

raison sociale CH VICTOR DUPOUY

identifiant

n° de la structure  
(AM, FINES ou SIRET) 950110015

## CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 19022020

date de l'accord préalable (le cas échéant)

XX MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1  
(cf. la notice au verso : § précédé de \*\*\*  
et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non XX

oui

date

AT/MP

numéro

ou

date

## PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

## tarification détaillée

Prest	CIP/Ref.	LPP(Ut)	Homeo	Decon-	Qte	PU	Mt	Fact	Libelle	Nb btes	Mod.	Indic.	Date	Date
				c. lab	dition.					utili.	presc	Subst.	debut	loc
PH7	3400921804201				1	50,37	50,37	50,37	PYLEREA140MG/125/125MG					
HD7					1	1,02	1,02	1,02	Honor. dispens. HD7					
HDR					1	0,51	0,51	0,51	Honor. dispens. HDR					

dans l'ordre de la facturation

## PAIEMENT

MONTANT TOTAL  
en euros

51,90

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien  
ou du fournisseur

BOULMEDARAT Laila

signature de  
l'assuré(e)impossibilité  
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle.

En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.